



ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Mayo 2015

## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

## ¿Usamos el manómetro rutinariamente al utilizar una Mascarilla Laríngea?

**Artículo original:** Bick E, Bailes I, Patel A, Brain AI. Fewer sore throats and a better seal: why routine manometry for laryngeal mask airways must become the standard of care. *Anaesthesia*. 2014 Dec;69(12):1304-8. doi: 10.1111/anae.12902. Epub 2014 Oct 10. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

Cobo Mariscal Flores ML (1), Martínez Hurtado E (2), Calles Gato D (1), de la Cruz Alvarado L (1).

H.U. Fundación Alcorcón. Madrid

### Resumen

En esta editorial se nos llama la atención de la importancia de utilizar el manómetro de presión, tras el uso de Mascarilla Laríngea de forma rutinaria.

Comentan que cuando se usan los volúmenes de llenado del manguito que recomienda el fabricante, se obtienen presiones por encima de 60 cm. de H<sub>2</sub>O (Brain aconsejaba nunca superar estas presiones).

Va comentando distintos mitos que se hacen con respecto a éste tema y que no son correctos.

Esta es una editorial para dar una llamada de atención en nuestra práctica diaria y aconseja que el manómetro de presión debe ser una rutina después de usar mascarillas laríngeas (también con TET (Tubo endotraqueal) y nunca pasar de 60 cm. de H<sub>2</sub>O y, secundariamente, desviar nuestra percepción de la ML (Mascarilla Laríngea) "in vivo", teniendo en cuenta que la anatomía supraglótica es blanda y adaptable, y si conocemos esto y lo tenemos en cuenta, se optimizará la función de la ML.

### Introducción

En esta editorial se nos llama la atención de la importancia de utilizar el manómetro de presión, tras el uso de Mascarilla Laríngea de forma rutinaria.

Comentan que cuando se usan los volúmenes de llenado del manguito que recomienda el fabricante, se obtienen presiones por encima de 60 cm. de H<sub>2</sub>O (Brain aconsejaba nunca superar estas presiones). Va comentando distintos mitos que se hacen con respecto a éste tema y que no son correctos:

**1.- Los volúmenes recomendados por el fabricante para llenado del manguito se corresponden con la presión aconsejada: ¡¡¡FALSO!!!**

*Se ha visto que si se administra el volumen que recomienda el fabricante se supera hasta 2-3 veces la presión del manguito (a veces 20 ml. en el N° 5 > 60 cm. H<sub>2</sub>O).*

**2.- Los dolores de garganta tras usar ML (Mascarilla Laríngea) son infrecuentes y no relacionados con la ML: ¡¡¡FALSO!!!**

*En estudios randomizados han visto que el hinchado del neumotaponamiento a gran presión, puede ocasionar un 40-50% de dolor de garganta y esto es porque la mayoría de las veces se superan los 100 cm. de H<sub>2</sub>O.*

*En estudios animales se han observado importantes daños de la mucosa incluso con 60 cm. de H<sub>2</sub>O, si disminuimos el volumen de llenado del*



*neumotaponamiento disminuye el dolor de garganta.*

**3.- Altos volúmenes y altas presiones del manguito podrían ocasionar problemas, pero por lo menos hay un buen sellado: ¡¡¡FALSO!!!**

*Esta aseveración no es correcta porque la ML (Mascarilla Laríngea) no se comporta igual dentro o fuera de la hipofaringe, si la hinchamos mucho dentro, la ML se irá adaptando a la hipofaringe y aunque haya menos P (Presión) de sellado no habrá fugas.*

**4.- Los médicos pueden juzgar la presión del manguito con la punta de sus dedos sobre balón piloto: ¡¡¡FALSO!!!**

*Esto no es cierto, se ha visto en distintos trabajos tanto en TET (Tubo endotraqueal) y ML (Mascarilla Laríngea) e independientemente que el anestesiólogo sea senior y tenga mucha experiencia. Por ello es tan importante usar manómetros para controlar la presión.*

**5.- Lo peor que puede pasar es un dolor de garganta: ¡¡¡FALSO!!!**

*Además del dolor de garganta hay otras morbilidades por el exceso de presión en el neumotaponamiento, parálisis del N. recurrente, disfonía, disfagia, congestión venosa.*



Se ha visto con FBO a través de la ML (Mascarilla Laríngea) un buen posicionamiento de la misma aunque se usen menores volúmenes.

También altas presiones del neumotaponamiento pueden alterar el sellado del esfínter esofágico superior y aumentar el riesgo de regurgitación.

### **Conclusión**

Esta es una editorial para dar una llamada de atención en nuestra práctica diaria y aconseja que el **manómetro de presión debe ser una rutina después de usar mascarillas laríngeas** (también con TET (Tubo endotraqueal) y nunca pasar de 60 cm. de H<sub>2</sub>O y, secundariamente, desviar nuestra percepción de la ML (Mascarilla Laríngea) “*in vivo*”, teniendo en cuenta que la anatomía supraglótica es blanda y adaptable, y si conocemos esto y lo tenemos en cuenta, se optimizará la función de la ML.

---

#### **Correspondencia al autor**

Marisa Mariscal Flores  
[mmariscalflores@gmail.com](mailto:mmariscalflores@gmail.com)  
FEA. Anestesia y Reanimación  
H.U. Getafe. Madrid

---

Publicado en AnestesiaR el 4 de marzo de 2015